



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

PARECER TÉCNICO/TJES/NAT Nº 168/2021.

Vitória, 22 de fevereiro de 2021.

Processo de nº [REDACTED]
[REDACTED] impetrado pela
[REDACTED]
[REDACTED] em favor de [REDACTED]
[REDACTED]

O Presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas do 2º Juizado Especial Criminal e da Fazenda Pública da Serra-ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito deste Juizado, sobre o procedimento: **“Cirurgia multiligamentar no joelho”**.

I – RELATÓRIO

1. De acordo com a Inicial, o requerente, de 52 anos, foi diagnosticado com quadro grave de lesão no joelho esquerdo, após acidente automobilístico em 2011; apresentando quadro de dor constante além de possuir grande limitação funcional articular para desempenhar suas atividades laborais. Informa que o exame de Ressonância Magnética do joelho esquerdo; apresenta ruptura do ligamento cruzado posterior e canto posterolateral, bem como testes de ligamentos para cruzado posterior (gaveta posterior) e canto postolateral (dial test / pivot-shift reverso positivos). Refere ainda que o requerente foi encaminhado pelo Dr. Saulo Gomes de Oliveira para outra instituição hospitalar, tendo em vista a Santa Casa de Misericórdia de Vitória – não realiza cirurgias multiligamentares. Diante disso, buscou novamente o SUS, através da UBS de Vila Nova de Colares que informou que o procedimento requisitado não estava disponível no SISREG; diante do exposto recorre à via judicial.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

2. À fl. 05 consta Laudo Médico do Dr. Saulo Gomes de Oliveira CRM-ES ilegível, datado de 05/10/2020 em papel timbrado da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, informando que o requerente teve acidente automobilístico em 2011, apresentando lesão grave em joelho esquerdo. Informa que apresenta ao exame físico – dor, claudicação, testes ligamentares para cruzado posterior (gaveta posterior) e canto posterolateral (dial test, pivot-shift reverso) positivos. Informa ainda que a Ressonância Magnética mostra ruptura do ligamento cruzado anterior e canto posterolateral. Declara que as cirurgias multiligamentares não são realizadas no serviço da Santa Casa e pede que seja encaminhado para outro serviço que realize esse procedimento. Relata ainda que o requerente apresenta grande limitação funcional articular com grande limitação para desempenhar suas atividades laborais.
3. À fl 06, consta laudo de Ressonância Magnética do Joelho Esquerdo datado de 09/01/2019 laudado pelo Dr. Luciano Santos Emerich Gomes CRM-ES 9279 realizado na Clínica Multimagem, onde encontramos interlinhas articuladas fêmoro-tibiais preservadas, com condropatia grau II; pequena fissura longitudinal no corno posterior do menisco medial, margeado por discreto edema; pequenos focos de edema no corno posterior do menisco lateral, sem sinais de roturas; focos de edema em fibras posteriores do ligamento cruzado anterior; sinais de rotura quase completa do ligamento cruzado posterior, com pequeno acúmulo de líquido no interior e provável insuficiência ligamentar, a ser correlacionado com dados clínicos; pequeno edema na inserção dos tendões da "pata anserina" e na tibia; entesófito medindo 0,7 cm na inserção do tendão quadríceps e na patela; patela tópica e condropatia fêmoro-patelar grau II; pequeno edema na região posterior da gordura de Hoffa; pequeno derrame articular; moderado edema do tecido celular subcutâneo na região anterior do joelho.
4. Às fls. 08 e 09 consta guia de referência e contra-referência datada de 04/02/2019, informando que o requerente apresenta lesão ligamentar em joelho esquerdo e instabilidade de joelho. Encaminhando para referência em cirurgia do joelho (Evangélico/Santa Casa), pelo Dr. Diego Sant'Anna – Ortopedista com CRM ilegível.
5. Às fls. 11, consta encaminhamento médico para ortopedista(grupo de joelho) devido à



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

instabilidade de joelho esquerdo. Carimbo e data ilegíveis.

6. Às fls. 14 à 16 consta o laudo de Ressonância Magnética do Joelho Esquerdo datada de 05/06/2019 laudada pela Dra. Cíntia Barbosa Dutra CRM-ES 5733, realizada no Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves onde encontramos alterações degenerativas nas articulações fêmoro-tibial e fêmoro-patelar com condropatia na tróclea e fêmoro-tibial, predominando no compartimento medial, com lesão osteocondral no côndilo femoral medial; patela de altura preservada, subluxada lateralmente, com condropatia grau IV na faceta lateral associada a sinovite infrapatelar lateral, sugerindo conflito fêmoro-patelar lateral; pequeno/moderado derrame articular com sinais de sinovite, expondo plica sinovial médio patelares laterais; menisco medial discretamente subluxado internamente com alterações degenerativas no corno posterior/corpo, com pequeno edema na junção menisco capsular contígua; degeneração mucinosa do menisco lateral; alterações de estiramento/rotura intrassubstancial no ligamento cruzado anterior; rotura intrassubstancial/ parcial do ligamento cruzado posterior, que encontra-se hiperangulado; estiramento tardio/subagudo do ligamento colateral medial, complexo cápsulo-ligamentar póstero-medial e superior do joelho; alterações de estiramento rotura parcial antiga subaguda dos elementos do canto póstero lateral, incluindo o ligamento colateral lateral, arqueado, tendão/junção miotendínea do poplíteo e do plantar e tendão bíceps femoral; sinais sugestivos de hipersolicitação do mecanismo extensor do joelho; tendinopatia do semimembranoso, com edema/bursite da pata anserina e pré infrapatelar superficial; alterações entre côndilo femoral lateral e o trato ílio-tibial que podem estar relacionadas a atrito; pedindo ainda para correlacionar com dados clínicos e exames anteriores.
7. Às fls. 17 consta laudo em papel timbrado do Hospital dos Ferroviários, carimbo ilegível, com data de 10/05/2012, informando que o requerente apresenta instabilidade em joelho esquerdo que deverá ser corrigido com fortalecimento muscular e pedindo para investigar a lombociatalgia à esquerda.
8. Às fls. 18 temos laudo médico em receituário do Hospital São Lucas informando paciente com lesão crônica de joelho esquerdo com provável lesão de ligamento cruzado anterior



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

e menisco. Necessita tratamento cirúrgico artroscópico para tratamento das lesões – sendo referenciado Santa Casa ou Hospital Evangélico, assinado pelo Dr. João Carlos de Medeiros Teixeira CRM-ES ilegível.

9. Às fls. sem número temos laudo médico do Dr. Alceuleir Cardoso de Souza CRM-ES 4635 do Hospital Dório Silva datado de 30/11/2012 informando que o requerente retornou com dores fortes posteriores ao joelho esquerdo. RMN de 05/2011 sem lesão do cruzado – sem lesão do canto pósterolateral. Eletro-neuromiografia – normal / Exame físico normal e tendo como tratamento fisioterapia.
10. Às fl.20 temos evolução médica de atendimento ambulatorial realizado no Hospital São Lucas datado de 16/10/2014 do Dr. Jorgean Grego Gonçalves CRM-ES 3420; tendo como diagnóstico instabilidade crônica de joelho esquerdo e feito orientação sobre o tratamento.
11. Às fl.21 temos laudo médico do Dr. Alceuleir Cardoso de Souza CRM-ES 4635 do Hospital Dório Silva datado de 25/11/2011 informando que o requerente informa ter feito corretamente a fisioterapia, não conseguiu fazer e eletro-neuromiografia e informa que realizou exame físico tendo encontrado alterações na manobra ligamentar que orienta no sentido de lesão do canto posterolateral e encaminhando para o serviço de cirurgia de joelho do Hospital dos Ferroviários, e reencaminhando ao CREFES para realizar a Eletro-neuromiografia.
12. Nos autos constam outros documentos que confirmam as informações do caso em tela.

II – ANÁLISE

DA LEGISLAÇÃO

1. **O Decreto nº 9.175, de 18 de outubro de 2017**, Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

2. **A Portaria Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006** divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Em seu Anexo II, item III – Pacto pela Gestão, item 2 – Regionalização, define que um dos Objetivos da Regionalização é garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.

3. **A Resolução nº 1451/95 do Conselho Federal de Medicina** define urgência e emergência: Artigo 1º – Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado.

§1º - Define-se por **URGÊNCIA** a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

§2º- Define-se por **EMERGÊNCIA** a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.

4. **A Resolução CFM Nº 1.956/2010, resolve:**

Art. 1º Cabe ao médico assistente determinar as características (tipo, matéria prima, dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais implantáveis, bem como o instrumental compatível, necessário e adequado à execução do procedimento. Art. 3º É vedado ao médico assistente requisitante exigir fornecedor ou marca comercial exclusiva. Art. 5º O médico assistente requisitante pode, quando julgar inadequado ou deficiente o material implantável, bem como o instrumental disponibilizado, recusá-los e oferecer à operadora ou instituição pública pelo menos três marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, regularizados juntos à ANVISA e que atendam às



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

características previamente especificadas. Parágrafo único. Nesta circunstância, a recusa deve ser documentada e se o motivo for a deficiência ou o defeito material a documentação deve ser encaminhada pelo médico assistente ou pelo diretor técnico da instituição hospitalar diretamente à ANVISA, ou por meio da câmara técnica de implantes da AMB (implantes@amb.org.br), para as providências cabíveis.

DA PATOLOGIA

1. O joelho é a maior articulação do corpo, formando uma dobradiça entre o fêmur (osso da coxa) acima e os ossos da parte inferior da perna – a tíbia e a fíbula. Logo na parte da frente, existe um osso arredondado chamado de patela. Por possuir 7 eixos de movimento, estes ossos são interconectados por estas bandas fortes de tecido fibroso, denominados ligamentos. Sua função básica está em estabilizar a articulação do joelho e manter os ossos alinhados. Existem dois conjuntos principais de ligamentos na articulação do joelho: os ligamentos colaterais medial e lateral, que correm ao longo de ambos os lados da articulação do joelho, e os ligamentos cruzados anterior e posterior, que ficam dentro da articulação do joelho. Outro ligamento do joelho que ganhou muita importância na última década foi o femuropatelar medial, que estabiliza a patela em seu lugar.
2. Os ligamentos cruzados anterior e posterior são bandas curtas e fortes de tecido fibroso que se cruzam dentro da articulação do joelho e unem a tíbia ao fêmur. Os ligamentos cruzados anterior e posterior são bandas curtas e fortes de tecido fibroso que se cruzam dentro da articulação do joelho e unem a tíbia ao fêmur. Eles são nomeados de acordo com o local onde eles se conectam no topo da tíbia. Estes são encontrados dentro de sua articulação do joelho. Eles se cruzam para formar um “X” com o ligamento cruzado anterior na frente e o ligamento cruzado posterior nas costas. De maneira mais simples, estabilizam a tíbia para que ela não vá nem para anterior, nem para posterior. Os ligamentos cruzados também controlam o movimento para frente e para trás do seu joelho. O ligamento cruzado anterior (LCA) corre da frente da tíbia, para trás e levemente para fora, até a base do fêmur. Este ligamento impede que a sua tíbia se mova



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

para frente em frente ao fêmur, principalmente quando se freia e quando existe mudança brusca de direção, movimento primordial para quem joga futebol, por exemplo. O ligamento cruzado posterior (LCP) vai da parte de trás da tíbia, para a frente e ligeiramente para dentro, até a base do fêmur. Este ligamento impede que sua tíbia se mova para trás, em relação ao seu fêmur. Geralmente é mais forte e possui índice de lesão em menores taxas que o LCA.

3. Lesão Multiligamentar do Joelho (LMJ) define-se como sendo a rotura de 2 dos 4 ligamentos maiores, em que um deles é um dos cruzados (LCA ou LCP), ou rotura completa de um cruzado concomitante a uma rotura completa ou parcial de um colateral ou do outro cruzado .
4. Ligamentos lesados são classificados em uma escala genérica de gravidade -
 - Lesão de grau 1 - O ligamento é levemente danificado em uma entorse leve. Significa que foi ligeiramente esticado, mas ainda é capaz de ajudar a manter a articulação do joelho estável. Geralmente, causa bastante dor.
 - Lesão de grau 2 -Um entorse de grau 2 estira o ligamento até o ponto em que haja uma ruptura parcial do ligamento. Em outras palavras, existe lesão de algumas fibras, mantendo-se intactas outras fibras.
 - Lesão grau 3 - Este tipo de entorse é mais comumente referido como uma ruptura completa do ligamento. O ligamento se rompe completamente e fica dividido em duas partes, que chamamos de cotos, e a articulação do joelho ou parte dela torna-se instável.
5. Possuímos dois ligamentos colaterais: o ligamento colateral lateral (LCL) na região externa do joelho e o ligamento colateral medial (LCM) na região interna do joelho fortalece a articulação do joelho no lado externo do joelho. O primeiro une o fêmur ao topo da sua fíbula – o osso comprido e fino adjacente à tíbia. O ligamento colateral medial fortalece internamente a articulação do joelho. Corre entre o seu fêmur e a parte superior interna da sua tíbia. Enfim, juntos, os ligamentos colaterais resistem ao movimento de lado a lado da articulação do joelho e ajudam a evitar a rotação entre o fêmur e a tíbia.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

6. A ruptura do ligamento cruzado anterior, é uma lesão esportiva muito comum, principalmente em esportes de contato como o futebol, futsal, vôlei, basquete e lutas. O ligamento colateral lateral pode ser rompido quando o joelho sofrer torção, ou se for atingido no lado interno ou forçado para fora enquanto o pé é empurrado para dentro. Uma ruptura do ligamento colateral lateral raramente ocorre por si só e geralmente acompanha uma ruptura para outros ligamentos do joelho. As lesões do ligamento colateral medial (LCM) são relativamente comuns nos esportes e podem surgir de um golpe direto na região externa do joelho, torção do joelho ou uma força que empurra o pé para fora e o joelho para dentro.
7. Os sintomas de lesões dos ligamentos do joelho vão sempre estar ligados a qual ligamento foi lesado, ao estado da reação inflamatória gerada e a outras lesões associadas. A lesão do ligamento cruzado anterior quase sempre causa instabilidade, com queixas de que o joelho está cedendo, ou seja, saindo fora do lugar. Dependendo da força aplicada no momento do entorse, um osso pode se chocar contra o outro e gerar o que chamamos de edema ósseo.

DO TRATAMENTO

1. O tratamento da lesão do LCA depende do tipo de lesão, pois podemos deparar-nos com um ligamento estirado, uma ruptura ligamentar parcial ou uma ruptura completa do ligamento. De uma forma geral, o tratamento conservador é utilizado nas rupturas parciais, sendo que nas rupturas totais opta-se pelo método cirúrgico ou conservador. O doente e o médico podem optar por um tratamento cirúrgico ou não-cirúrgico/conservador, dependendo de vários fatores como: idade, extensão das lesões associadas, a disponibilidade para realizar um programa de reabilitação e o estilo de vida do paciente. O objetivo do tratamento cirúrgico é evitar a instabilidade do joelho e promover a restauração da função do ligamento.
2. A intervenção cirúrgica de reconstrução do ligamento colateral medial é indicada quando se observa instabilidade no exame físico em pessoas ativas e existe retração de seus cotos nas imagens da ressonância magnética. O consenso é que as lesões combinadas do



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

ligamento colateral medial e do LCA ou LCP exigiria sempre a reconstrução.

3. De maneira semelhante a outros ligamentos do joelho, a operação de reconstrução do ligamento colateral medial envolve a inserção de enxertos tendíneos. Quando retirados do próprio paciente, chamamos de autoenxerto. Os mais comuns são os tendões grácil e semitendíneos que, depois de preparados, são fixados na região de dentro do joelho, conferindo nova estabilidade.
4. A cirurgia para reconstrução ligamentar acaba sendo o tratamento mais aconselhado, principalmente nos pacientes mais jovens, mais ativos fisicamente e naqueles pacientes que experimentam com frequência uma sensação de instabilidade no joelho durante as atividades diárias ou mesmo esportivas. Nesse tipo de paciente, o risco de outras lesões é mais alto, e por isso opta-se pela cirurgia. O objetivo da cirurgia é restaurar a anatomia e a biomecânica normal do joelho e permitir que o paciente volte a praticar esportes sem o risco de novas lesões.
5. A cirurgia de reconstrução do ligamento cruzado anterior é realizada por videoartroscopia e consiste em substituir esse ligamento lesionado por um enxerto de tendão ou outro ligamento. Os enxertos de tecido mais utilizados para substituição do ligamento cruzado anterior são os tendões flexores do joelho e o ligamento patelar, os quais são obtidos do próprio paciente. A escolha do enxerto para a cirurgia vai depender de alguns fatores relacionados principalmente com o paciente e seu exame físico. Os enxertos mais vulgares provêm do tendão patelar e dos isquiotibiais (semitendinoso e grácil).
6. Tanto na lesão do ligamento cruzado anterior, quanto do posterior, utilizamos tendões que podem ser retirados do próprio paciente (autoenxerto), quanto de doadores cadáveres (aloenxerto), submetido a processo de esterilização e armazenamento em banco de tecidos após a retirada.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

DO PLEITO

1. Cirurgia Multiligamentar no Joelho.

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. Trata-se de Requerente de 52 anos, com laudo médico e exames complementares que indicam que o paciente é portador de lesões ligamentares em joelho esquerdo, que foram tratadas clinicamente, sem sucesso. Encaminhado para avaliação de cirurgião de joelho em para provável procedimento cirúrgico.
2. Verificamos nos laudos em anexo que o paciente apresenta lesão multiligamentar comprovada pelos exames de imagem. Realizou tratamento clínico, fisioterápico sem sucesso, evoluiu com instabilidade da articulação, assim **o tratamento cirúrgico é uma opção para a reconstrução da articulação e reabilitação do requerente.**
3. Conforme tabela SIGTAP, o procedimento de reconstrução ligamentar intra-articular do joelho (cruzado anterior) é padronizado pelo SUS sob o código 04.08.05.016-0, assim como o procedimento de reconstrução ligamentar intra-articular do joelho (cruzado posterior c/ ou s/ anterior) sob o código 04.08.05.017-9 e reconstrução ligamentar extra-articular do joelho sob o código 04.08.05.015-2. Tratam-se de procedimentos de média complexidade
4. Sendo assim , **este NAT entende que o paciente deve ser encaminhado para consulta com ortopedista especialista em joelho em serviço que realize cirurgia multiligamentar do joelho.** Cabe ao especialista definir a melhor propedêutica e prazos. É de responsabilidade de SESA encontrar o prestador e disponibilizar tal consulta, assim como o procedimento cirúrgico se for indicado.
5. Não se trata de urgência médica, de acordo com a definição de urgência e emergência pelo CFM. Entende-se que deva ter uma data definida para realizar a consulta e o procedimento cirúrgico que respeite o princípio da razoabilidade.
6. Sobre prazos, é oportuno citar o Enunciado 93 – ENUNCIADOS DA I, II E III Jornadas



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça que sugere:

“Nas demandas de usuários do Sistema Único de Saúde – SUS por acesso a ações e serviços de saúde eletivos previstos nas políticas públicas, considera-se excessiva a espera do paciente por tempo **superior a 100 (cem) dias para consultas e exames, e de 180 (cento e oitenta) dias para cirurgias e tratamentos.**”



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

REFERÊNCIAS

Kokron AEV. Avaliação biomecânica da estabilidade da reconstrução na lesão isolada do ligamento cruzado posterior com um e dois feixes de enxerto: estudo experimental com tendão do músculo quadríceps da coxa e com tendões dos músculos semitendíneo e grácil [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2000.

Sasaki SU. Estudo biomecânico comparativo, em cadáveres, da reconstrução do ligamento cruzado anterior do joelho com técnica convencional e com túneis duplos tibiais e femorais [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2007.

Balsini N, Sardinha CE, Balsini NE. Tendão patelar "versus" tendões duplos do semitendinoso e "gracilis" como enxerto autólogo na reconstrução do LCA no joelho. Rev Bras Ortop. 2000;35(5):157-64.

Guimarães MV. Reconstrução artroscópica do ligamento cruzado anterior: estudo comparativo entre os enxertos autólogos de ligamento patelar e de tendão do quadríceps. Rev Bras Ortop. 2004;39(1/2):30-41.